1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 74

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DES FOSSES NASALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Août 1886

PAR

CLÉMENT-MARIE-ALBERT CLAVERIE

Né le 3 Février 1859 à Arreau (Hautes-Pyrénées)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MASSE, *Président.*
BOURSIER.
PIÉCHAUD.
PLANTEAU.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.
1886

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0011

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 74

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DES FOSSES NASALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Août 1886

PAR

CLÉMENT-MARIE-ALBERT CLAVERIE

Né le 3 Février 1859 à Arreau (Hautes-Pyrénées)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MASSE, *Président.*
BOURSIER.
PIÉCHAUD.
PLANTEAU.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.
1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen honoraire. | M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
M. BITOT..... }

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, chargé du cours
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirugicale	BOURSIER, ch. du cours. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. DEMONS. DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. | Histoire naturelle..... M. PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

Anatomie topographique..... M. PIÉCHAUD

MAITRES DE CONFÉRENCES :

Physique..... MM. BERGONIÉ. | Histoire naturelle..... MM. PÉRIER.
Chimie..... CARLES | Accouchements..... LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales..... N....

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

TÉMOIGNAGE DE PROFONDE AFFECTION

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSE

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

INTRODUCTION

En abordant ce sujet, qui fait l'objet de notre thèse, nous ne pouvons nous défendre d'un réel embarras. Les ouvrages classiques et les différents dictionnaires français ou étrangers que nous avons consultés ne disent en effet que peu de mots des tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Toutefois, pour peu que l'attention des praticiens soit appelée sur ce point de la pathologie un peu délaissé, on reconnaîtra que ces tumeurs ne sont pas aussi rares qu'elles peuvent le paraître, si l'on juge d'après les observations publiées jusqu'à ce jour.

Nous nous sommes inspiré de l'excellent traité des maladies du nez par le Dr Morell Mackensie (1) et du travail inaugural du Dr Delaux (2) pour guider nos recherches et tâcher d'apporter une contribution nouvelle à ce point de la pathologie un peu obscur.

---

(1) Traduction française par les Docteurs E. J. Moure et Charazac. (sous presse).

(2) *Contribution à l'étude des sarcômes des fosses nasales.* — Paris 1883. n° 5183.

Nos efforts seront suffisamment récompensés si notre travail a le mérite d'agrandir les connaissances que l'on avait jusqu'à présent sur les affections malignes primitives du nez, et il trouvera indulgence auprès de nos juges, en raison des documents limités qui ont pu nous servir à traiter ce sujet.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, d'offrir tous nos remerciements à M. le Dr Moure, qui a bien voulu nous indiquer le sujet, nous guider dans nos recherches et nous éclairer de ses connaissances personnelles.

Nous remercions aussi M. le professeur Masse d'avoir voulu accepter la présidence de notre thèse, et de nous avoir toujours exprimé le plus vif intérêt dans le cours de nos études.

DIVISION DU SUJET

1° Historique ;
2° Anatomie pathologique ;
3° Etiologie et Fréquence ;
4° Symptômatologie ;
5° Diagnostic ;
6° Pronostic ;
7° Traitement.

Tumeurs malignes primitives des fosses nasales :

Latin Eq : Tumores maligni nasi.
Anglais Eq : Malignant tumours of the nose.
Allemand Eq : Bo sartige Geschwülste der nase.
Italien Eq : Tumori maligni del naso.

Définition : Sous le nom de tumeurs malignes on comprend des néoplasmes malins, le plus souvent de nature sarcomateuse, plus rarement carcinomateuse, naissant ordinairement de la cloison, parfois aussi de la paroi externe ou du plancher des fosses nasales, amenant une obstruction des narines, un

écoulement muco-purulent, souvent d'odeur infecte, et des épistaxis, ayant une grande tendance à envahir les parties voisines, donnant quelquefois naissance à des dépôts secondaires dans les autres organes et aboutissant finalement à la cachexie et à la mort.

Telle est la définition qu'on peut donner des tumeurs malignes primitives des fosses nasales considérées surtout au point de vue clinique.

Nous éliminerons de suite : Tous les néoplasmes de nature maligne qui peuvent se développer dans la cavité naso-pharyngienne; 2° qui sont susceptibles d'envahir secondairement les cavités nasales : ces dernières sont, en effet, moins rares et partant mieux étudiées que celles qui prennent directement naissance sur un point de la cavité du nez.

En nous plaçant au point de vue de la composition histologique, et prenant le sarcôme comme la production maligne la plus fréquente dans les fosses nasales, nous le définirons avec Cornil et Ranvier : « Une tumeur constituée par du tissu embryonnaire pur, subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte. »

Sous le nom de sarcôme, Gosselin désigne aujourd'hui des tumeurs malignes ou cancéreuses qui, à l'œil nu, ne sont formées que par un tissu plus ou moins mou, absolument vascularisé et dans lequel le microscope fait reconnaître des cellules, les unes petites et arrondies, les autres allongées et fusiformes, qui ressemblent aux cellules de l'organisme ou cellules embryonnaires.

La définition de Gosselin n'est pas non plus en accord avec celle de Lebert qui définit le sarcôme « une tumeur fibroplastique, constituée par un tissu mou, non cancéreux et pouvant donner lieu à une maladie qui, dans certaines circonstances, peut entraîner les plus graves conséquences. »

Cette diversité d'opinions tient sans nul doute au nombre de tumeurs différentes sous lesquelles on a englobé le sarcôme. Il nous suffira de citer les noms de tumeurs fibreuses, fongus, myéloides, à myéloplaxes, fibro-plastiques, pour se convaincre de ce que nous avançons. Et cela est si vrai que le terme de sarcôme a souvent été rejeté comme trop vague, alors qu'on ne déterminait qu'une espèce sans la rattacher à une genre commun. Cependant l'expression de sarcôme est restée, caractérisant un genre de tumeurs dont les variétés sont nombreuses, bien que le sarcôme ne soit pas souvent pur et qu'on le trouve associé à des éléments de nature différente.

HISTORIQUE

Tous les auteurs anciens ont parlé des polypes du nez en faisant observer toutefois que, parmi les tumeurs des fosses nasales, il en était certaines qui affectaient parfois une nature maligne. Parmi les variétés que décrit Hippocrate (1), il en est une qu'il appelle « espèce de cancer ». Il fait observer que cette forme de néoplasme occupe les parois du cartilage près de son extrémité.

Celse (2), parlant des tumeurs du nez, les décrit sous le nom de caroncules charnues des narines.

Il dit « qu'il faut les consumer entièrement par les caustiques si l'on veut les guérir. Le polype est une caroncule tantôt blanche, tantôt rougeâtre, qui s'attache aux os des narines et se porte quelquefois vers les lèvres, bouchant alors la narine qu'il occupe; d'autrefois il descend dans la bouche et augmente au point qu'on l'aperçoit au-dessous de la luette. Les personnes qui en sont attaquées périssent parfois de suffocation, surtout quand il règne du vent du midi ou de l'Est.

Il en distingue deux variétés : un mou, et c'est le plus fréquent, l'autre dur, et cette dernière espèce gêne beaucoup

---

(1) *De Morbis*. Edition de Littré. Paris 1851 — vol. VII, page 53.

(2) *De medecina* Lib. VI. Cap. VIII.

plus la respiration et dilate davantage l'ouverture des narines. Elle est presque toujours carcinomateuse : aussi, ne faut-il pas y toucher. L'autre se guérit très souvent par l'opération de la main ; cependant on vient quelquefois à bout de la dessécher si l'on introduit dans les narines par le moyen de la charpie une composition de minium, fort rouge, de chaux et de sandaraque. »

Abulcasis (1), a décrit le polype cancéreux sous le nom de « scorpion » et d'autres auteurs du moyen âge, tels que Guilhaume de Salicet (2), Rogérius (3) et Bruno Longoburgensis (4), distinguèrent expressément les polyes simples de ceux qui sont de nature maligne.

Ambroise Paré (5) reproduisit les cinq classes de polypes du nez d'Hippocrate qu'il distingua les uns des autres d'après le degré de consistance, d'implatation du polype et des accidents consécutifs qu'il entraîne : « Il ne faut pas, dit-il, mettre la main à ceux qui sont douloureux, durs, avec rénittence, ayant la couleur tirant sur le livide ou le plombé, parce qu'ils tiennent de la nature du chancre et souventy dégénèrent totalement. Toutefois, à cause de la douleur, on pourra prescrire des médicaments palliatifs et anodins ».

Glandorp (6) se fit l'écho des auteurs anciens en proscrivant

---

(1) La *chirurgie d'Abulcasis*, Lib. II Cap. XXIV. Trad. du Dr Lucien Leclerc. Paris 1861, page 93.

(2) *Chirurgica Guilielmi de Saliceto*. Lib. I. C. XVII. Venetiis 1546.

(3) *Rogerii medici celeberrimi chirurgia* C. XXXIII. *De cancro qui fit in naribus*.

(4) *Bruni Longoburgensis Chirurgia magna*. Lib. II. C. II. *De polypo*, *Venetiis*, 1546.

(5) *Œuvres complètes*. Livre 6. C. II. Vol. I, Page 378. Edition de Malgaigne.

(6) *Tractatus de polypo narium affectu gravissimo, observationibus illustratus*. *Bremac* 1628. Cap. XVII. page 47 et suiv.

toute espèce de traitement contre le cancer du nez à l'exception du traitement palliatif.

Pott (1) proscrit avec emphase toute opération dans le cas de polype malin des fosses nasales. Il dit avoir vu un polype d'aspect malin adhérent à une cloison en si mauvaises état que les deux parties (polype et cloison) furent enlevées simultanément par la pince du chirurgien.

Des observations certaines de tumeur cancéreuse des fosses nasales ont été rapportées par Palleta (2) et Gerdy (3) (cité par Mackensie).

Syme (4), quoique très opposé à toute intervention dans les cas de tumeur maligne du nez, admet cependant l'opération dans le cas où le néoplasme est assez peu consistant pour pouvoir être évidé avec le doigt.

Nous trouvons dans la thèse du Dr Casabianca la relation d'une observation de Carcinôme développé sur les os propres du nez, qui fut opéré par Syme.

Il s'agissait d'un homme âgé de 47 ans. Le diagnostic de tumeur cancéreuse fut parfaitement établi ; le malade fut opéré et sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Des observations de Sarcôme du nez ont été publiées par Fayrer(5), Viennois (6), Mason (7). Cet auteur rapporte l'observation d'un sarcôme myéloïde survenu chez un homme âgé de 60 ans. Trois opérations furent nécessaires pour débarrasser le malade de son néoplasme.

---

(1) *Lome Nemarks on the polypus of the nose. In chirurgical observations London* 1775. p. 59.

(2) *Exercitat. path. Mediolani*, 1820, page 1 et suiv.

(3) *Traité des polypes.* Paris, 1883.

(4) *Principles of surgery*. Page 493.

(5) *Medical Times.* 4 Juillet 1868.

(6) *Lyon Médical.* 1872. N° 18.

(7) *Medical Times.* 22 Mai 1875.

Grinfeld (1) a publié le cas d'un sarcôme fibro-plastique développé chez une jeune fille de 26 ans et qui ne fut placée à l'abri de toute récidive qu'après la troisième opération. Duplay (2) et Hopmann (3) rapportent aussi des observations de sarcôme.

C'est ainsi que Virchow, sur 100 tumeurs observées dans les fosses nasales, décrit deux cas de sarcôme qu'il distingue des Papillômes par ce caractère que ces derniers ont pour point de départ la couche superficielle de la muqueuse, tandis que les premiers naîtraient du derme de celle-ci. Verneuil (4) et Péan (5) rapportent des cas d'épithélioma des fosses nasales.

Dans le cas de Verneuil, il s'agit d'un malade qui fut opéré deux fois, la tumeur ayant récidivé, et qui mourut, emporté par la cachexie carcinomateuse.

Le malade de Péan est une femme âgée de 55 ans qui fut opérée à l'hôpital Saint-Louis, en juin 1876, d'un épithélioma développé sur la cloison. La tumeur récidiva et fut opérée l'année suivante, en avril. La malade sortit bien rétablie après deux mois d'hôpital.

L'examen microscopique de cette tumeur, ainsi que de la précédente démontra qu'on avait réllement affaire à un épithélioma.

Schmiegelow (6) rapporte un cas de carcinôme cylindri-

---

(1) *Montpellier Médical.* Oct. et Déc. 1876.

(2) *Traité élém, de Pathol, externe.* Paris 1877. T. III. Page 846.

(3) *Virchow's Archiv.* BD XCIII. 1883.

(4) Bouheben. *De l'extirpation de la glande et des ganglions sous maxillaires.* Thèse de Paris 1873.

(5) Cité par Casabianca. *Des affections de la cloison des fosses nasales.* Paris 1876, page 67 et suiv.

(6) Tumeurs malignes primitives du nez.

forme, observé chez un homme de 51 ans et un cas de sarcôme primitif chez une jeune fille de 14 ans.

Duplay (1) rapporte un cas d'Encéphaloïde de la cloison qui fut pris pour un abcès et Neumann a publié un cas de carcnôme médullaire des fosses nasales (2).

Delaux (3), dans son travail inaugural, relate neuf observations de tumeurs sarcomateuses des fosses nasales.

Il établit une distinction entre les diverses variétés de sarcôme qu'il décrit, chacun en particulier, tout en reconnaissant la malignité toute spéciale de certains de ces néoplasmes.

Parmi les cas récents, nous signalerons un cas de sarcôme enbryoplastique, publié par le D$_r$ Aubeau (4), et observé à l'hôpital de la Pitié, dans le service du professeur Péan.

M. Verneuil (5) relate également le fait d'un épithélioma pituitaire qui fut opéré par la voix externe et qui n'avait pas déterminé d'envahissement des ganglions au moment de l'opération.

Depuis, les D^{rs} Delstanche et Marisque (6) ont rapporté un cas d'un épithélioma, développé chez un individu ferblantier-zingueur, qui mit près de 2 ans à évoluer et qui finit par enlever le malade.

Dans ce cas, le néoplasme avait pris naissance en haut des fosses nasales et avait consécutivement envahi les parties

---

(1) *Op. Cit.* Tom. III. page 788.

(2) *Aster Zeitschr. 5. prakt-heilk.* 1858. IV, 17.

(3) *Contribution à l'étude des sarcômes des fosses nasales.* Thèse de Paris 1883.

(4) *Gazette des hôpitaux.* 1884-85.

(5) *Gazette des hôpitaux.* 1884-85.

(6) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* 1884-85.

voisines, déterminant des accidents que nous trouvons énumérés dans le chapitre des symptômes.

Tout récemment enfin, M. Moure (1) vient de publier une observation de fibro-sarcôme primitif de la fosse nasale droite et que nous avons relaté nous-même au cours de notre travail sur la communication qui nous en a été faite.

Le même auteur, dans son manuel des maladies des fosses nasales, consacre également un chapitre aux tumeurs malignes qu'il décrit, chacune d'elles avec leur caractère distinctif.

Tel est a peu près le bilan des observations publiées jusqu'à ce jour et éparses dans la littérature médicale.

Pour être complet, disons que Schech (2) vient de publier un ouvrage dans lequel l'auteur consacre 6 lignes à peine à l'indication des tumeurs malignes des fosses nasales.

---

(1) *Traite des maladies de la cavité buccale, du pharynx et du nez. Vienne.* 1885, page 221.

(2) *Revue mensuelle de Laryngologie.* 1er août 1886 n° 8.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les variétés de tumeurs malignes que l'on peut rencontrer dans les fosses nasales, les plus communes sont le sarcôme, rarement pur et le plus souvent associé à d'autres éléments fibreux ou muqueux ; viennent ensuite par ordre de fréquence l'Épithélioma et le Cancer.

Caractères macroscopiques des sarcômes. — Ce sont des tumeurs rondes, en général parfaitement limitées, de consistance élastique, tantôt dures et tantôt molles : dans leur forme pure la surface de section est rougeâtre. Le nom de sarcôme de σαρξ, chair, fait supposer qu'elles ressemblent à la chair de l'homme ; il n'en est rien cependant. La couleur des sarcômes rappelle plutôt la chair des lapins ou la tunique musculaire de l intestin ou de la vessie. Vient-on à exposer la tumeur à l'air, elle devient rouge par suite d'un travail d'oxydation. Les éléments essentiels des sarcômes sont des cellules dont l'agencement ne suit pas une règle déterminée : les vaisseaux sanguins déterminent une espèce d'interruption dans le tissu. En dehors de cette particularité, la tumeur parait homogène.

Caractères microscopiques. — La tumeur est constituée par

des cellules qui sont rondes, ou bien fusiformes, ou bien étoit lées : ces dernières sont plus rares. Si les cellules sont toutes petites et rondes avec une faible quantité de substance intercellulaire ou légèrement fibreuse, le tissu parait tellement analogue à celui des granulations qu'il ne peut en être distingué. Il y a des sarcômes à cellules étoilées qui possèdenen même temps beaucoup de substance intercellulaire gélatiniforme, de telle sorte qu'il se forme un tissu de consistance muqueuse qu'on désigne par le nom de tissu muqueux de Virchow; ces formes sont appelés myxômes par ce dernier auteur ; Billroth leur donne au contraire le nom de myxo-sarcômes et c'est celui que nous leur conservons.

D'autres fois, le tissu fibreux prédomine, soit que le néoplasme fut en principe un fibrôme et que les éléments sarcômateux soient venu s'y ajouter, ou bien que ce soit le résultat de la marche progressive de la tumeur : on est alors en présence d'un fibro-sarcôme.

Toutes les cellules d'une même tumeur ont le même volume avec des noyaux souvent nombreux, mais qui n'impliquent pas leur ségmentation. Dans ce cas, les cellules deviennent volumineuses avec une forme irrégulière; les noyaux varient de un à dix et plus.

On appelle ces éléments plaques à noyaux multiples ou myéloplaxes; Virchow donne à cette forme sarcômateuse le nom de « sarcoma gigantocellulare ».

Le sarcôme ne conserve pas toujours sa composition primitive, ce qui en rend par conséquent le diagnostic anatomique d'autant plus difficile. Tantôt c'est un développement vasculaire énorme, tantôt le ramollissement secondaire, parfois la transformation caséeuse, parfois l'ossification qui viennent se mêler aux éléments de la tumeur première, en sorte qu'il est parfois impossible de retrouver des éléments où le tissu primitif se soit conservé intact.

L'ulcération peut également atteindre le sarcôme, et alors, sur la surface de la tumeur, l'on voit se développer des traînées soit fongueuses, soit atoniques, qui prennent quelquefois une forme infundibulée par la mortification des tissus.

Des modifications que peut subir le sarcôme au cours de son développement : ramollissement médullaire, etc., peut résulter la transformation parfois en cancer médullaire par une végétation rapide des cellules survenant soit dans la totalité, soit dans quelques parties isolées de la tumeur.

Parmi les espèces de sarcômes que l'on peut trouver dans les fosses nasales, il en est six que nous pouvons classer dans l'ordre suivant, comme l'a établi le Dr Delaux (1) :

1° Le sarcôme encéphaloïde ;
2° Le sarcôme myéloïde ;
3° Le sarcôme fasciculé ;
4° Le sarcôme ossifiant ;
5° Le sarcôme angiolithique ;
6° Le sarcôme névroglique.

Comme autre tumeur maligne primitive des fosses nasales, nous indiquerons l'éphithélioma dont la variété la plus commune paraît être la forme lobulée.

Plus que les autres tumeurs malignes, celles-ci sont sujettes à l'ulcération qui est causée par la désagrégation des cellules épithéliales ou par la gangrène consécutive à l'oblitération des vaisseaux.

Le développement se fait aux dépens de leur propre masse ou bien il se forme, dans leur voisinage, de nouveaux ilots semblables à ceux de la tumeur primitive.

Le cancer que nous pouvons définir avec Cornil et Ranvier,

---

(1) *Contribution à l'Etude des sarcômes des fosses nasales.* Thèse de Paris, 1883, page 13.

« une tumeur constituée par un stroma fibreux, limitant des alvéoles qui forment, par leur communication un système caverneux et remplies de cellules libres les unes par rapport aux autres, baignant dans un liquide plus ou moins abondant» vient se placer le dernier, suivant l'ordre de fréquence.

La variété encéphaloïde ou médullaire est celle qu'on rencontre le plus, ainsi que l'attestent les cas publiés, l'un par Neumann, l'autre par Duplay.

Dans cette forme, les travées fibreuses sont plus minces, les alvéoles plus grands que dans les variétés différentes; mais aussi, les hémorragies interstitielles sont plus fréquentes en raison du peu de résistance du stroma, et le tissu paraît à la coupe diversement coloré par suite des modifications qu'à subies le sang épanché.

L'accroissement se fait encore aux dépens de sa masse ou des éléments voisins.

ETIOLOGIE ET FRÉQUENCE

Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales ne sont pas fréquentes ; le Carcinôme en particulier est excessivement rare.

Les causes en sont tout aussi obscures que celles du cancer ou du sarcôme des autres organes. On a voulu expliquer leur développement par une perversion nutritive, sous la dépendance d'une cause interne, d'un état général constitutionnel.

M. Verneuil, dans de brillantes recherches, a essayé d'établir des relations entre les tumeurs locales et les divers états diathésiques, par exemple : les rapports qui existent entre le cancer et l'arthritisme. Mais on n'a pas signalé, à notre connaissance, de diathèse comprenant, à une période de son évolution, la production d'une tumeur maligne ; et, d'autre part, que d'inconnues n'existe-t-il pas dans cette question d'un état constitutionnel ? Ainsi, telle tumeur se généralise, ou récidive ; telle autre disparaît après ablation et ne récidive plus. Tout en confessant notre ignorance sur l'origine des néoplasmes, et, sans rejeter cependant la valeur d'un état constitutionnel qu'on ne peut définir, nous indiquerons rapidement les causes occasionnelles qui semblent prédisposer l'individu au développement des tumeurs.

Nous placerons en première ligne le traumatisme. De tout temps, les malades ont rapporté à un accident antérieur l'origine d'une tumeur qui pouvait bien toutefois n'avoir aucun rapport avec la genèse de ce néoplasme. Récemment, cette influence a été mise hors de doute par M. le professeur Verneuil. Mais, nous le répétons, cette cause est subordonnée à cette autre générale qui détermine encore le genre de néoplasme.

Nous trouvons aussi dans la thèse de M. Eug. Nélaton cette assertion qui rend bien notre pensée : « Quelques secondaires que puissent paraître aux yeux de l'homme de l'art ces causes purement physiques, il ne serait pas juste de leur dénier en principe toute espèce d'influence. S'il est vrai que la cause qui préside au développement de la plupart des tissus morbides consiste essentiellement, souvent même uniquement, dans un vice intime de nutrition dont la raison première nous échappe, ne peut-on pas accepter aussi très raisonnablement que cette cause interne, tout obscure qu'elle est dans sa nature, puisse être quelquefois provoquée, ou même seulement aidée dans la manifestation de ses effets, par certaines circonstances extérieures abordables à nos moyens d'investigation ? » Nous croyons donc qu'une chute sur le nez, qu'un traumatisme même indirect puisse être quelquefois le point de départ d'une affection maligne.

L'extirpation de tumeurs bénignes, assez souvent répétée, peut déterminer l'apparition d'un néoplasme malin, l'intervention chirurgicale étant une cause occasionnelle chez un malade préalablement disposé.

Les affections chroniques, qui irritent et modifient les tissus, paraissent avoir la même influence.

A ce sujet, Billroth avance que par suite du développement et des maladies qu'on observe dans les tumeurs, les

caractères de ces dernières peuvent être tellement modifiés qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître quelle a été la nature du tissu primitif de la tumeur.

« Enfin, dit-il, il peut arriver, comme surcroît de complication, que les tumeurs changent quelquefois de caractère anatomique, par exemple : une tumeur à tissu conjonctif, qui a existé longtemps comme telle, devient plus molle à la suite d'une végétation rapide des cellules et d'une vascularisation plus forte, ou bien l'inverse peut arriver, c'est-à-dire qu'une tumeur molle devient dure par suite de la disparition des cellules et de la rétraction matérielle du tissu conjonctif qui s'y trouve. »

Billroth doute pourtant qu'une tumeur bénigne puisse dégénérer en une tumeur maligne; M. Moure a observé le cas d'un myxôme, sur lequel un sarcôme avait pris naissance.

Bien que, dans la plupart des cas publiés, les malades aient été des femmes, le nombre en est trop restreint pour qu'on puisse tirer de ce fait une indication exacte sur la prédisposition des deux sexes.

Il se peut aussi que les ulcérations syphilitiques deviennent quelquefois le point de départ d'une tumeur maligne; mais c'est une vue théorique qui n'a pas été confirmée par les observations cliniques; autant qu'il nous est possible de l'affirmer, le seul cas publié dans lequel on puisse établir une pareille relation est celui de Neumann. C'est un cas de carcinôme médullaire survenu chez une femme dont il ne donne pas l'âge. Elle eut, pendant onze ans, le nez complétement obstrué; elle présentait aussi des ulcérations syphilitique à la gorge.

Il existait de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, et c'est après l'ablation d'une portion des tissus, que l'on en reconnut le caractère malin. Il est évident que, dans ce cas,

la production morbide n'avait pris que depuis peu de temps le caractère de tumeur maligne.

Il n'en est pas de même de l'âge; et, bien qu'on puisse, dit **Lebert**, rencontrer les tumeurs sarcômateuses depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, il est néanmoins certaines variétés qui semblent avoir une affectation particulière pour certaines époques de la vie.

Le sarcôme myéloïde se rencontrerait à la première période, surtout de 15 à 25 ans, alors que les os de la face sont en pleine évolution; le sarcôme fasciculé, à l'époqe moyenne de la vie, de 20 à 40 ans. Quant aux sarcômes embryonnaires, essentiellemeut malins, ils apparaîtraient à une époque plus avancée, de 40 à 55 ans.

Les observations de Carcinôme et d'Epithélioma sont beaucoup trop rares pour nous permettre d'établir à quel âge ils évoluent plus particulièrement; il semble pourtant que l'âge mûr et la vieillesse offrent un terrain plus propice à leur développement, si l'on juge d'après les cas publiés.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes au début sont les mêmes que pour toutes les tumeurs des fosses nasales, à savoir : un obstacle au libre passage de l'air dans l'intérieur de la cavité du nez, l'altération de la voix qui en est la conséquence et la perte de l'odorat. Le nasonnement ainsi que les modifications de la voix, sont en rapport avec le développement de la tumeur. Il en est de même de la gêne respiratoire qui peut devenir très pénible pour les malades, surtout, quand une narine ou les deux sont complêtement oblitérées par le néoplasme :

Il en résulte alors que le sujet atteint est obligé de respirer, la bouche ouverte, aussi bien le jour que la nuit, et comme conséquence, on peut voir survenir une irritation de l'arrière gorge et du larynx.

Si la production morbide vient à gagner du côté des conduits lacrymaux, il survient du larmoiement ; si l'orifice des trompes d'Eustache est comprimé, la surdité en est la conséquence ; on peut également voir survenir des troubles de la déglutition par suite de l'extension de la tumeur du côté de l'arrière gorge.

La membrane pituitaire laisse écouler au début par la na-

rine correspondante un liquide clair, visqueux, comme dans le coryza. Plus tard, la sécrétion se modifie et l'on voit alors suinter une matière de teinte souvent verdâtre et d'odeur fade, nauséabonde, n'ayant aucun rapport avec celle du coryza atrophique ou ozène

Des épistaxis graves et fréquentes se produisent dans la plupart des cas et appellent l'attention du malade et du médecin, obligé souvent d'intervenir pour pratiquer le tamponnement des fosses nasales. De violentes douleurs dans la région sous-obitaire, et même dans tout le côté de la face qui répond au développement de la tumeur tourmentent beaucoup les malades. Ces douleurs affectent la forme névralgique, reviennent par accès et sont un vrai supplice pour les malheureux atteints de cette terrible affection.

A mesure que le mal fait des progrès, les os du nez peuvent être repoussés en avant et séparés les uns des autres : l'exophthalmie peut être la conséquence de la pression de la tumeur sur la paroi interne de l'orbite. La base du crâne est parfois érodée et même perforée par le développement en hauteur du néoplasme. Dans un cas de Gerdy, il ne restait de l'ethmoïde que l'apophyse crista-galli, et dans un autre rapporté par Palleta (1), la lame criblée de ce même os était détruite et le néoplasme pénétrait jusque dans l'intérieur du cerveau. Il est évident que, dans les cas de ce genre, il se produit des phénomènes cérébraux, tandis que, lorsque la tumeur s'étend vers la cavité naso-pharyngienne : la surdité, la dysphagie, la gêne respiratoire peuvent être le résultat de son développement.

La tumeur vient-elle faire saillie à l'orifice antérieur des narines, elle amène des déformations particulières de la face

(1) *Op. cit.* p. p., 7 et 8.

variant selon les parties où elle envoie des prolongements. Tantôt le nez est élagi ou aplati, si la tumeur reste dans les narines ; tantôt elle apparaît sous la peau qu'elle soulève, en produisant une tuméfaction de volume et de forme variables si les os du nez sont envahis.

Le volume des tumeurs malignes varie de la grosseur d'un pois à celle d'une orange. Elles peuvent toutefois acquérir des dimensions plus considérables si l'on n'intervient pas.

Les sarcômes à l'opposé des polypes simples sont généralement uniques et sessiles; ils sont mous, lisses, le plus souvent de couleur rosée, parfois cependant d'un brun sombre ou mêmes noire. Très vasculaires, ils saignent facilement quand on les touche.

Le sarcôme malin principalement est caractérisé par la rapidité extrême de son développement. En quelques mois, il acquiert des proportions énormes, obstruant complétement les fosses nasales, envahissant les tissus voisins, remplissant toutes les cavités qu'il trouve sur son passage et détruisant tous les tissus, même les plus résistants. Il infiltre la peau, la muqueuse, l'amincit sans l'ulcérer, ou du moins très rarement. Néanmoins, les ganglions restent indemnes et la santé générale parfaite, à moins que par son volume le sarcôme ne vienne mettre entrave aux fonctions essentielles de la vie, ou que par son envahissement il n'entraîne des désordres tels que la vie soit menacée.

Il est à remarquer du reste que les sarcômes ne tuent pas par cachexie spécifique, mais par les obstacles qu'ils apportent au fonctionnement des divers organes essentiels à la vie. Cette forme de sarcôme, ainsi que toutes les tumeurs malignes des fosses nasales, ont une tendance marquée à la récidive après l'ablation. La rapidité avec laquelle le néoplasme se

reproduit après une ablation partielle, est un caractére symptomatique sinon distinctif des tumeurs sarcômateuses.

Dès que la production morbide est assez développée pour remplir la fosse nasale dans laquelle elle a pris naissance; soit que le malade, en faisant des efforts pour se moucher ou désobstruer sa narine, excorie la surface de sa tumeur; soit que le médecin consulté, en essayant de délimiter le néoplasme, produise une érosion; soit enfin que cette dernière soit un fait du processus morbide; à dater de ce moment, l'on voit survenir des hémorrhagies fort graves qui appellent l'attention du médecin et l'obligent à intervenir d'une manière énergique.

En résumé, on peut diviser en trois périodes les symptômes que déterminent les tumeurs malignes primitives du nez.

Au début, on trouve tous les phénomènes qui accompagnent un simple coryxa : gène respiratoire, enchifrénement, besoins fréquents de se moucher et des épistaxis assez rares; mais, ce qui frappe dans cette période, c'est une céphalalgie intense, localisée la plupart du temps dans la région frontale et sus orbitaire.

On a rapporté aussi des cas (Peter) dans lesquels les douleurs frontales étaient si intenses qu'elles avaient donné à penser à l'existence d'une inflammation cérébrale; mais il suffit d'être prévenu de ce fait, rare du reste, pour éviter cette cause d'erreur. Ces névralgies très habituelles sont, en général, dues à la compression des filets nerveux, principalement de ceux qui émergent des sinus.

La deuxième période est caractérisée par des symptômes plus marqués. Le malade se plaint d'un enchifrènement plus accentué, la gène de la respiration devient plus grande, la céphalalgie augmente, les épistaxis reviennent plus fréquentes, et le malade a la conscience d'un corps étranger qui

obstrue les fosses nasales. A ce moment, apparaît un écoulement muco-purulent, à odeur fétide, parfois repoussante. On peut observer aussi des phénomènes de surdité, du larmoiement, de la gène pour la déglutition, des troubles du goût et de l'odorat, suivant les prolongements qu'a émis le néoplasme. A ce moment, on peut explorer la tumeur au moyen du doigt et surtout au moyen du miroir rhinoscopique.

La troisième période est caractérisée par les difformations du nez, l'envahissement ganglionnaire et la cachexie spécifique. Tous les symptômes précédents n'ont fait également qu'augmenter, en sorte qu'il n'est plus possible d'avoir des doutes sur la nature maligne du néoplasme. Le volume de la tumeur qui n'a fait également qu'empirer, gagnant toutes les parties voisines qu'elle englobe, permet déjà d'éliminer toute idée de production bénigne que nous savons se développer lentement et s'arrêter même, surtout à certaines periodes de la vie. L'ulcération, et très rarement la gangrène, paraissent êtrela dernière étape des tumeurs malignes, si la main du chirurgien ne vient pas arrêter le développement continu et souvent rapide de l'affection.

DIAGNOSTIC

Reconnaître une tumeur maligne primitive des fosses nasales à la première période de son développement n'est pas toujours chose facile. Il est peu probable cependant qu'on les confonde, même au début, avec les polypes muqueux; ces derniers, en effet, s'insèrent presque toujours par un pédicule à la paroi externe des fosses nasales, tandis que, dans la grande majorité des cas, les tumeurs malignes naissent de la cloison par une large base. Quand la maladie est avancée, elles ne ressemblent en rien à une tumeur bénigne. M. le Dentu, dans une conférence à l'hôtel-Dieu, en 1877, donne les éléments suivants pour le diagnostic différentiel. « Les polypes simples ne sont pas vasculaires à leur surface; tout au plus, y voit-on de petits vaisseaux rares et tenus, comparables à ceux de la rétine par exemple.

En outre ils ont un aspect et une coloration que vous connaissez bien, sans doute. C'est une teinte opaline, d'un gris perlé, ou tout au moins une teinte grisâtre avec un certain degré de translucidité. Enfin ils se pédiculisent très souvent, deviennent ainsi très mobiles et se déplacent quand on fait souffler le malade. On ne les observe guère que sur des sujets qui ont, depuis 8 à 10 ans jusqu'à 17 et 18 ans (assertion qui

nous paraît très exagérée, car nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs fois à la clinique de M. Moure chez des sujets bien plus âgés.) Le polype sarcômateux au contraire est une maladie soit de l'âge avancé, soit de la vieillesse. »

Les cancers débutent souvent comme de petites verrues ou des boutons, sont de couleur rouge et ordinairement très mous. On n'en trouve habituellement qu'un seul et dans une seule fosse nasale. Dans le cas de Péan, la tumeur, quoiqu'ayant présenté tous les caractères de l'épithélioma, était pédiculée et ce fait n'est pas tout à fait exceptionnel. Aussi, n'est-ce pas un caractère bien net, surtout quand il s'agit de polypes dégénérés. Règle générale, les tumeurs de ce genre ont une tendance à s'ulcérer.

L'ulcération présente des caractères bien connus de tous. Elle est à bords saillants, durs, déchiquetés, à fond sanieux. Au bout d'un certain temps, qui coïncide avec un état avancé de la tumeur et qui annonce également la période de cachexie cancéreuse, les ganglions, lymphatiques du voisinage sont atteints, en particulier ceux qui sont situés derrière la branche montante du maxillaire inférieur et probablement aussi les rétro-pharyngiens que l'on examine rarement.

Il existe dans l'aspect des sarcômes et des carcinômes une particularité qui joue un rôle important au point de vue du diagnostic différentiel. Tandis que les carcinômes s'ulcèrent rapidement et ne conservent que pendant un temps relativement court l'aspect polypiforme ; les sarcômes gardent plus longtemps intacte l'écorce fibreuse qui les revêt, ne s'ulcérant à la surface que tardivement, après avoir déjà atteint un énorme développement et s'être accru hors de la cavité nasale. De plus, ils sont mous, lisses le plus souvent de couleur rosée, parfois cependant d'un brun sombre ou même noirs. Très vaseulaires, ils saignent facilement quand on les touche.

Qu'il soit développé sur la cloison ou tout autre point des fosses nasales, la marche du cancer primitif est toujours très rapide et l'infection générale ne tarde pas à se manifester.

L'épithélioma se présente sous la forme d'une tumeur ulcérée, papilliforme, fongueuse, saignante, s'accompagnant, comme le carcinôme, d'engorgement ganglionnaire, d'amaigrissement, d'une coloration jaune paille particulière et de cachexie à courte échéance. L'épithélioma gagne bien vite les tissus voisins, ce qui rend l'extirpation très difficile et les récidives d'autant plus fréquentes.

Le premier aspect ne diffère pas des polypes muqueux. Toutefois, ils sont plus rosés, plus vasculaires, saignant au moindre contact. De plus, l'implantation du néoplasme, habituellement unique, son extension vers les parties voisines, les douleurs précoces qu'il détermine, plus tard l'ulcération spontanée de la tumeur avec ses conséquences terribles (sécrétion abondante, fétide, épistaxis grave et très fréquentes) lèveront tous les doutes que l'on pourrait avoir au début.

Le diagnostic différentiel peut être quelquefois entouré de difficultés. C'est ainsi qu'un chirurgien de Bordeaux, consulté par une malade, âgée de 63 ans, pour une tumeur qui avait mis trois mois a évoluer et qui présentait, en outre des caractères propres aux néoplasmes des fosses nasales, une particularité remarquable et que nous n'avons pas trouvée signalée dans aucun ouvrage, à savoir une plaque de sphacèle entourant sa substance, porta le diagnostic de tumeur maligne.

La malade fut opérée deux fois dans l'intervalle de sept mois, et c'est la rapidité avec laquelle le néoplasme s'était reproduit qui donnait encore plus de force à l'opinion du chirurgien. L'insertion de la tumeur se faisait par un pédicule large à la partie inférieure du cornet moyen. Disons cepen-

dant que la santé générale était bonne, que les épistaxis, nulles au début, s'étaient montrées peu fréquentes depuis la première opération, qu'il n'existait pas de retentissement ganglionnaire, pas de douleur sus orbitaire violente, mais un écoulement muco-purulent à odeur infecte et qui incommodait beaucoup la malade.

Partie pour Paris, après la deuxième opération, la malade en a subi trois autres, dans l'espace de cinq mois, dont une par la voie externe, comme les deux premières et les deux autres par la bouche, les néoplasmes ayant récidivé du côté de la cavité naso-pharingienne.

L'examen histologique des deux premières tumeurs extirpées n'a pas été fait. D'autre part, la malade, qui est de retour à Bordeaux depuis peu de jours, nous affirme que le chirurgien de Paris l'aurait complétement rassurée en lui délarant que ces tumeurs n'étaient autres que des polypes récidivés et non le résultat d'une reproduction maligne.

Cet exemple nous montre encore que l'assertion de le Dentu est exagérée, au point de vue de la fréquence, à telle où telle époque de la vie, et donne raison à l'opinion de Billroth en ce qui concerne les modifications pathologiques qui peuvent imprimer des caractères particuliers aux tumeurs.

Les sarcômes qui se développent primitivent sur la cloison ou tout autre point des fosses nasales pourraient être confondus avec les enchondrômes. Les premiers s'en distinguent par ce fait qu'ils se produisent seulement sur un des deux côtés du septum et, de plus, ils ont le triste privilége de pouvoir envahir les parties supérieures des fosses nasales et de s'étendre jusque dans la cavité crânienne, à travers l'ethmoïde. Leur consistance suffirait aussi à les faire reconnaître. Quand aux sarcômes développés dans d'autres points, tantôt ils pren-

nent naissance dans l'épaisseur de la fibro-muqueuse et tantôt dans les parois osseuses des cavités nasales.

Le caractère douleur fait parfois complétement défaut. Follin cite le cas d'une femme de 55 ans qui portait depuis onze un fibro-sarcôme de la fosse nasale droite, ayant distendu et écarté les parois osseuses de la fosse nasale correspondante et qui, à part une epistaxis survenue depuis plusieurs années, ne s'en plaignait que pour la gêne apportée au phénomène de la respiration.

Quand les hémorrhagies apparaissent de bonne heure, attirant l'attention de la malade et celle du médecin, bien qu'il n'existe, comme dans la plupart des faits relatés aucun engorgement ganglionnaire qui puisse mettre sur la voie du diagnostic, on peut cependant s'arrêter déjà à l'idée d'une tumeur maligne. Nous ferons remarquer aussi que les hémorrhagies peuvent s'arrêter pendant une période de plusieurs mois, ainsi que le prouve l'observation de M. Moure, pour reprendre ensuite plus abondantes et plus fréquentes que par le passé.

Le diagnostic peut être quelquefois difficile quand il s'agit de distinguer un abcès ou une gomme de la cloison, en raison de la fluctuation que l'on perçoit et qui peut induire le chirurgien en erreur. M. Duplay cite quelques exemples de ces faits. L'un des plus intéressants lui a été communiqué par M. Rendu : il s'agissait d'une tumeur encéphaloide existant des deux côté de la cloison et qui fut prise pour un abcès. Le début de l'affection, la marche, le degré de consistance et les phénomènes généraux pourront éclairer le chirurgien.

Dans le diagnostic des tumeurs malignes des fosses nasales, il ne faut pas oublier les corps étrangers et les rhinolithes.

Corps étrangers. — Ce sont des caillous, des pois, des haricots, des noyaux de fruits, etc.; plus rarement de billes, des

têtes de poupée, des anneaux de fer, des fragments de plumes, etc.

Le siège des corps varie selon le mode d'introduction, la forme et le volume des corps étrangers. S'ils pénètrent par l'ouverture antérieure, ils reposent sur le plancher des fosses nasales, à moins que le cornet inférieur volumineux ne le force à pénétrer dans le méat moyen. Au contraire, si le corps étrager pénètre par derrière, il vient se fixer au niveau de la partie postéro-supérieure de ce même méat. A la longue, ces corps se modifient ; le mucus nasal les imbibe et il se produit à leur surface des dépôts de sels calcaires.

Rhinolithes. — Uniques ou multiples, leur volume varie suivant leur séjour dans les fosses nasales qu'ils peuvent obstruer complètement. Leur aspect est grisâtre, leur surface bosselée. Leur composition chimique rappelle celle des autres concrétions calculeuses : phosphates, carbonates de chaux, de magnésie et des chlorures alcalins.

Les symptômes du début peuvent passer inaperçus des malades. Il existe en effet un peu de gêne respiratoire et que le malade ne rapporte pas à sa vraie cause, surtout si le corps étranger a pénétré par les fosses nasales postérieures. Mais quelque temps après, la respiration s'embarrasse du côté atteint ; la voix devient nasonnée ; il peut exister de l'anosmie et l'écoulement, qui était muqueux au début, devient à la longue muco-purulent et sanieux. A la suite d'efforts, le malade rejette parfois des grumeaux caséeux, analogues à du fromage et répandant une odeur nauséabonde, bien différente de celle des croûtes des sujets atteints de coryxa atrophique.

Si l'on n'intervient pas d'une manière énergique, des douleur sourdes apparaissent, revenant par accès et s'irradiant à la moitié de la tête, particulièrement à la région orbitaire. Il peut aussi exister du larmoiement, de la rougeur et une véritable inflammantion du sac lacrymal.

A l'examen, on constate un peu de boursoufflement de la muqueuse qui paraît lisse et unie dans quelques cas, et souvent inégale, bosselée, comme bourgeonnante et recouverte d'une sécrétion muco-purulente, grisâtre, sâle et fétide. Après avoir nettoyé la cavité nasale de cette matière, si l'on vient à pousser un stylet assez avant, on frappe sur un corps dur et rugueux qui donne la sensation d'un sequestre osseux et qui est évidemment le signe le plus positif de la maladie qu'on a sous les yeux.

Ostéômes. — Les phénomènes du début se confondent avec ceux de tous les néoplasmes développés dans les fosses nasales. Plus tard, quand la tumeur a pris un plus grand développement, on ne saurait les confondre qu'avec une exostose syphilitique : or le traitement spécifique lèverait tous les doutes.

Kystes osseux. — (Dont le Dr Bayer (1) de Bruxelles à signalé un exemple) déterminent des phénomènes en tout semblables à ceux des ostéômes et qui varient depuis le simple enchifrènement jusqu'à la déformation du squelette du nez. Leur marche est lente et progressive. Il n'y a qu'un seul traitement, c'est l'extirpation.

Papillômes. Ils se rencontrent chez les malades atteints de Coryxa atrophique. Leur volume ne dépasse guère celui d'une amande. Leur surface est mamelonnée, en choux-fleur ou uniforme. Ils sont multiples et s'insèrent par un pédicule très mince sur la couche superficielle de la muqueuse qu'il est très facile de détacher, ne déterminant que des symptômes fonctionnels de très peu d'importance.

Angiômes. — Ceux-ci sont la cause d'hémorrhagies rebelles à tout traitement qui mettent la vie du malade en danger

(1) Kystes osseux de la cavité du nez.

par l'anémie qu'ils provoquent. L'examen de la tumeur permet de constater des battements isochrones à ceux du pouls. On pourra également trouver d'autres tumeurs érectiles dans le reste du corps (verneuil) qui donneront une idée de la nature des hémorrhagies nasales.

Adénômes. — Leur marche est lente, tant qu'ils ne dégénèrent pas en un épithélioma qui évolue alors très rapidement. L'aspect rappelle facilement un polype muqueux; la consistance, celle d'un enchondrôme.

L'âge du malade, la consistance caractéristique de la tumeur, les phénômèns généraux, empêcheront de confondre l'enchondrôme, dont le pronostic est bénin, avec un carcinôme pas plus qu'avec un sarcôme ou un épithélioma. S'il existe quelques difficultés au point de vue du diagnostic différentiel de ces dernières tumeurs, elle n'a pas une grande importance, l'action chirurgicale devant être la même dans les deux cas.

Polypes lupeux. — Schmiegelow les classe dans la catégorie des tumeurs malignes. Il en distingue deux variétés; une qui s'étend en surface (lupus excedens), l'autre atrophique (lupus non excedens).

On considère aujourd'hui ces tumeurs comme une expression de la tuberculose du nez. Koch dit à ce sujet: « Les bacilles tuberculeux sont tellement disséminés dans les tissus qui composent le lupus que, dans deux cas, on ne pût les trouver une fois qu'après avoir fait vingt-sept coupes et une autre fois quarante-trois. »

Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une production pathologique unique, développée dans une des fosses nasales, ayant plus ou moins de ressemblance avec un polype muqueux, mais plus vasculaire à sa surface, pédiculée ou non, de consistance autre que celle de l'os ou du cartilage, et qu'il

sera établi que ce n'est ni un abcès, ni un épaississement de la muqueuse, ou du cartilage du cornet ou de la cloison, ni un polype muqueux et que sa marche sera rapide, envahissante, on devra la considérer comme une tumeur de nature maligne.

D'autre part, si le néoplasme devient fougeux, bourgeonnant et ulcéré, il faudra toujours penser, avant de porter le diagnostic de tumeur maligne, à l'existence possible d'un corps étranger puisque, bien des fois, les lésions occasionnées par la présence des corps ont pu rappeler des symptômes tout à fait analogues à ceux de ces tumeurs. Jacquement (1), Czarda (2) Moure (3) etc., ont rapporté des exemples où cette confusion aurait pu être commise.

Enfin, lorsqu'il existe encore quelque doute, on doit s'assurer de la nature du néoplasme par l'examen microscopique d'une petite partie de sa substance.

---

(1) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1884.
(3) *Revue mensuelle de Laryngologie*, etc. n° 40, 188.

PRONOSTIC

Il est le même que lorsque les tumeurs malignes existent en tout autre point du corps, avec cette réserve que les récidives sont beaucoup plus à craindre à cause de la difficulté d'enlever le mal au-delà de ses limites. Les chances de guérison complète sont précaires; en effet, la marche du néoplasme est en général très rapide et l'affection se termine par la mort de 6 à 18 mois. Cependant on a quelques chances de croire que le pronostic n'est pas absolument fatal. On conçoit en effet que plus on se rapproche du moment où la tumeur a fait son apparition, plus on a des probalités pour la réussite, tandis qu'on a tout à craindre si la production morbide remonte anciennement et a déterminé des phénomènes de cachexie. L'extirpation, dans ce cas, sera le plus souvent incomplète et les récidives à peu près inévitables.

On trouve relatées dans les annales de la chirurgie quelques observations de guérison certaine qui permettent d'écarter le pronostic d'absolument fatal. Tel est le cas d'Hopmann, cité par Schmiegelow (1) et que nous signalons enpassant: il s'agit d'une femme qui fut opérée le 10 février 1881, d'après la méthode de Demarquay et Bruns, d'un épithélioma où se trouvaient mélés des éléments sacomateux.

---

(1) Dr Schemigelow, *Revue mensuelle de Laryngologie*, etc. n° 9 1885.

La tumeur, développée dans les cellules ethmoïdales, avait bourgeonné et sortait de la fente située entre le cornet moyen et l'ethmoïde, et du canal nasal. Les parties molles et les os, avoisinant l'apophyse nasale droite, étaient atrophiés. Le néoplasme fut enlevé avec l'anse et cautérisé morceau par morceau.

Il y eut quatre récidives qui, chaque fois, furent complétement détruites et, depuis, la malade alla tout à fait bien.

Mason dut opérer son malade trois fois et ce ne fut qu'à la troisième opération que toute récidive fut complétement écartée.

Le Pronostic de l'affection sera rendu d'autant plus grave qu'il existera de l'engorgement des ganglions et de la cachexie.

Certaines formes de sarcômes ont un pronostic relativement favorable. D'autres peuvent avoir déterminé un envahissement tel des parties avoisinant leur point d'implantation que, soumettre le malade aux chances d'une opération, serait l'exposer aux dangers les plus graves.

En général, quand on se détermine à opérer, il ne faut pas s'arrêter devant la première récidive, de nouveaux essais pouvant être couronnés de succès.

Disons aussi que les sarcômes malins se généralisent plus vite que les carcinômes et, qu'abandonnés à eux-mêmes, ils amènent plus promptement la mort.

TRAITEMENT

Le seul traitement que l'on puisse appliquer aux tumeurs malignes est la destruction complète, quand il est possible de le faire Il ne faut jamais entreprendre une demie opération en laissant des restes du néoplasme. Sous ce rapport, on ne doit opérer que dans les tissus sains et s'éloigner de 1 et 1|2 à 2 cent, si faire se peut, de l'infiltration sensible au toucher; alors seulement on est sûr d'enlever toutes les parties malades.

Le manuel opératoire doit être soigneusement étudié dans ce dédale formé par les fosses nasales. Il est en effet très difficile de mettre la tumeur complètement à découvert ; or, une ablation partielle ne fait qu'aggraver la situation, par les conséquences toujours à redouter d'une opération, et par la récidive à laquelle le malade se trouve fatalement voué.

Il faut aussi intervenir dans le plus bref délai, ne pas laisser au néoplasme le temps de pousser des prolongements, d'envahir les tissus avoisinants et le système ganglionnaire.

Nous proscrivons les cautérisations dans les cas de productions malignes, les agents caustiques agissant comme irritants et donnant un véritable coup de fouet à l'accroissement de la tumeur.

Si l'opération par la voie nasale naturelle est possible, il est évident qu'elle doit être préférée à la voie externe ; mais, il ne faut pas oublier que, s'il existe des prolongements multiples dans les cavités accessoires, le moyen le plus sûr pour les atteindre est de faire de larges débridements. C'est ainsi qu'il ne faudra pas hésiter, si besoin est, de réséquer les os pour détruire la tumeur tout entière et se mettre à l'abri des récidives.

L'emploi des pinces et l'arrachement progressif paraissent constituer un excellent mode de traitement dans les cas de fibro-sarcômes pédiculés. Sous l'influence de tractions légères et continues, la tumeur bien saisie par son point d'implantation pourra, dans quelques cas, être enlevée complétement (Voir observation XI). Alors on pourra racler le point d'implantation avec la cuiller tranchante ou la curette, réséquer au besoin le cornet et la cloison, si le néoplasme avait contracté des adhérences avec toutes ces parties.

Si l'on soupçonne des prolongements du côté de la cavité crânienne, se garder d'opérer à cause des dangers consécutifs à l'opération.

D'une façon générale, l'opération avec le bistouri ou le couteau est préférable aux caustiques, à moins qu'on n'ait affaire à une personne très anémiée.

Schmiegelow conseille l'usage de la cuiller tranchante, de l'anse froide, des cautères à la galvano-caustique.

Les méthodes composées consistent à attaquer la tumeur, après l'avoir mise à jour, par une opération préalable. Suivant qu'on attaque le néoplasme par la bouche, le nez ou la face, on appelle ces procédés : méthode palatine, nasale et méthode faciale.

Première méthode : On dirige les instruments par la bouche, après avoir incisé le voile du palais, ou bien par la na-

rine ou bien par les deux voies à la fois. Quand on est arrivé sur la tumeur, on l'attaque par différents moyens : la ligature, l'excision, la rugination et la cautérisation. Ce procédé a d'abord l'inconvénient d'offrir une voie trop étroite pour détruire le point d'implantation du néoplasme, de plus il expose à des hémorrhagies graves et abondantes et oblige le malade à tenir la bouche largement ouverte pendant plusieurs heures.

Deuxième méthode : Elle a pour but d'élargir la voie nasale par une incision sur le nez qui peut-être verticale et à écarter les ailes latérales, ou bien à pratiquer la section du sillon naso-génien et naso-labial, ou bien encore à détacher les attaches des cartilages nasaux et de la sous-cloison.

Le procédé de Chassaignac, dans cette méthode, consiste en une incision transversale, pratiquée à la racine du nez, d'une orbite à l'autre, puis en une seconde incision oblique, partant de l'extrêmité gauche de celle-ci à l'orifice de la narine correspondante, enfin en une troisième qui s'étend, de gauche à droite, dans toute la largeur de cet organe. Il divise les cartilages et les dissèque avec la peau de manière à rejeter le lambeau sur la joue droite. Après cela, il attaque la tumeur.

Troisième méthode : Elle consiste à réséquer le maxillaire supérieur (Syme, Michaux, Flaubert, etc.). Les détails opératoires se trouvant décrits dans les traités classiques, nous n'en parlerons pas. Disons seulement que, si elle a l'inconvénient d'être fort douloureuse et d'entraîner une difformité notable de la face avec troubles de la mastication et de la phonation, elle a du moins le grand avantage de créer une voie suffisante qui permet au chirurgien d'attaquer bien mieux la tumeur.

Il arrive assez souvent que, lorsque le malade vient trou-

ver le médecin, la production morbide a acquis un tel développement que l'on doit s'en tenir aux moyens palliatifs. On peut alors faire usage des astringents locaux qui amènent un resserrement momentané de la masse de la tumeur.

Bien qu'il n'y ait pas de spécifiques contre les tumeurs malignes, il est bon cependant d'instituer un traitement à l'intérieur quand on observe des symptômes qui indiquent l'emploi d'une médication déterminée.

L'anémie étant l'apanage des affections cancéreuses, on pourra avoir recours aux diverses préparations de fer ou aux différents bains minéraux, ferrugineux.

Le séjour dans les pays méridionaux n'offre pas de réels avantages pour les malades porteurs de ces affections.

Quand les forces s'épuisent, il faut prescrire un régime fortifiant et enfin, si les douleurs tourmentent les malades, l'emploi judicieux des narcotiques leur procurera du soulagement tout en leur préparant une mort moins pénible.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs malignes *primitives* des fosses nasales sont relativement rares;

2° On peut rencontrer dans les fosses nasales plusieurs variétés des sarcômes, des carcinomes et d'épithelioma sans qu'aucune d'elles soit spéciale à cette région;

3° Les troubles fonctionnels que déterminent les tumeurs malignes joints aux signes physiques et à leur évolution permettront toujours de les diagnostiquer;

4° Le pronostic est variable pour les sarcômes et toujours grave pour les autre tumeurs malignes du nez;

5° Le traitement est essentiellement chirurgical et l'on doit intervenir le plus rapidement possible.

OBSERVATION I

Polype (cancéreux) de la cloison des fosses nasales, par le professeur Syme, cité par Casabianca (1842).

André Lawson, âgé de 47 ans, employé à la poste générale entre à l'hôpital le 23 avril. Le malade s'est aperçu, dès le commencement de l'année, de la présence d'une excroissance dans la narine droite, augmentant tous les jours de volume et qui a fini par le gêner beaucoup en empêchant le passage de l'air à travers la narine. Cette tumeur saignait de temps en temps avec une telle abondance que le malade en fut effrayé. D'une couleur brunâtre, d'une consistance molle et friable, elle saignait au moindre attouchement. L'examen du malade ns laissait aucun doute sur la nature cancéreuse de la tumeur, ce qui m'engagera à m'abstenir de toute tentative d'enlèvement... Je me bornerai donc à enlever la partie proéminente de la tumeur et à renvoyer le malade comme incurable.

Quelque temps après, il revint et m'apprit que les hémorrhagies continuaient toujours et qu'il était décidé à subir toute opération, pourvu qu'il trouvât un adoucissement à son mal. Je dus l'examiner de nouveau. Cet examen me fit croire que, probablement, le polype s'attachait aux os, tout près de l'ouverture antérieure des narines. Ce qui donnait plus de force à mon opinion, c'est que la portion osseuse du nez n'était pas distendue par le mal ; cette distention se bornait à la partie molle de l'organe ; ensuite, le malade n'eprouvait aucune douleur dans la région ethmoidale et les yeux n'avaient pas éprouvé la moindre altération. Je croyais donc que le polype prenait naissance sur le cornet inférieur ou sur un autre point de la partie osseuse inférieure des fosses nasales. Dans cette idée, je me décidai à tenter tout ce qui serait possible de faire.

Pour bien reconnaître le siége de la tumeur, je fendis la lèvre dans toute sa hauteur, au niveau de la partie moyenne de la narine ; j'écartai, en les disséquant, les deux lambeaux formés par cette incision, et mettant largement à découvert l'ouverture antérieure des fosses nasales, il me fut facile de plonger dans le fond de la cavité et de reconnaître le point d'insertion de la tumeur. Je reconnu que le polype s'insérait sur la cloison à la partie antérieure. J'ai préféré fendre la lèvre, par la raison qu'il est ainsi plus facile de mettre largement à découvert les fosses nasales qu'en fendant les ailes du nez.

Le polype se trouvant placé immédiatement au-dessus de la réunion du cartilage de la cloison à l'os, il m'était facile d'en faire l'extraction. Je coupai la cloison, de façon, à ne point endommager la sous cloison du nez ; à l'aide de pinces je divisai les os et je détachai toute la portion du cartilage donnant insertion au polype. Les lambeaux de la lèvre furent ensuite réunis au moyen d'une suture entortillée Au bout de quelques jours, le malade allait très-bien.

L'examen histologique n'a pas été fait. Il résulte de cette omission, de l'âge du sujet, de l'absence de retentissement général que le diagnostic de tumeur cancéreuse semble s'effacer devant celui de polype des fosses nasales en voie de dégénérescence.

OBSERVATION 11

Follin et Duplay.—Pathologie externe. T. III p. 846 ; cité par Delaux.

J'ai eu l'occasion d'observer en 1868, à la charité, un bel exemple de sarcôme fibro-plastique, manifestement développé aux dépens de la muqueuse pituitaire. C'était chez une femme de 52 ans, qui portait depuis 12 ans environ, une tumeur de la fosse nasale droite, ayant augmenté graduellement de volume au point de distendre et d'écarter notablement les parois osseuses de la cavité nasale correspondante ; la portion

cartilagineuse, l'apophyse montante de ce côté étaient repoussés en dehors. La cloison n'était nullement déviée du côté sain. La tumeur, qui s'avançait jusqu'au voisinage de l'ouverture des narines, offrait une coloration d'un blanc grisâtre, d'aspect fibreux, sans aucune trace d'altération ; elle etait assez dure, résistante ; elle ne s'étendait nullement du côté de l'arrière cavité des fosses nasales ; mais elle paraissait limitée aux deux tiers antérieurs de la fosse nasale, à laquelle elle adhérait solidement au niveau du plancher. Cette tumeur était complètement indolente et, sauf une épistaxis survenue, il y a plusieurs années, elle ne gênait que par son volume.

Pour en pratiquer l'ablation je dus faire une incision le long du sillon naso génien et relever la narine. Il fut alors aisé de reconnaître que la tumeur prenait naissance sur toute l'étendue du plancher de la fosse nasale et que les os étaient entièrement intacts. La guérison fut complète et je n'ai plus revu la malade. L'examen miscrocopique a démontré qu'il s'agissait d'une sarcôme (variété fibro-plastique).

Cette observation offre deux faits intéréssants : a savoir la marche lente du néoplasme et le peu de phénomènes généront que la tumeur à provoqués pendant son évolution.

OBSERVATION III

Myxo sarcôme des fosses nasa les par le Dr Viennois. — Lyon médical tome III, page 9, 1872.

X... âgé de 43 ans, de Poligny (Jura) très robuste s'apercût. il y a six mois que ses fosses nasales s'embarrassaient ; la respiration par les fosses nasales devint peu à peu plus difficile, le mucus que le malade en retirait en se mouchant répandit quelque mois après une odeur infecte. Des douleurs sous orbitaires plus ou moins violentes se déclarèrent au bout de deux mois. Enfin, deux mois avant l'opération, elles devinrent intolérables. La cavité buccale répandait une odeur infecte, le voile du palais était abaissé par le volume de la tumeur. Le sommeil était devenu impossible à cause de la douleur; le malade voulut être opéré. Il vint à Lyon le 27 mai ; il fut placé sur une

chaise, étourdi avec l'éther. M. Ollier l'opéra par son procédé. Après avoir abaissé le nez, il retira avec la plus grande facilité, par arrachement, un myxo-sarcôme de la grosseur d'un œuf de dinde. On posa deux ligatures pour la section de la peau, le nez abaissé fut relevé et maintenu dans sa position première par des fils métalliques. Ecoulement séro-sanguinolent pendant la journée, mais nullement inquiétant. L'opération dura 20 minutes en tout. Les suites en furent très simples. Le soir plus d'écoulement séro sanguinulent, disparition de l'odeur infecte qui existait avant. Disparition des douleurs de tête. Respiration facile, sommeil. L'appétit revient, le nez est solide. L'œil qui faisait une prolpusion en avant revient tous les jours à sa place primitive et, enfin, 5 jours après l'opération, il est sensiblement égal à celui du côté opposé. Le malade quitte Lyon au bout de 25 jours.

L'examen histologique confirma le diagnostic du chirurgien. Le malade a fini par succomber à la diathèse spécifique et après extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires.

OBSERVATION IV

Mélano-sarcôme par le V. Viennois — Lyon médical page II tome III 1872.

Femme de 63 ans, tempéramment robuste, santé antérieure excellente, a toujours été bien réglée. Pas d'affection antérieure des fosses nasales. Le début ne remonte, au dire de la malade, qu'à 3 mois 1/2. A la suite d'un coup de soleil, céphalalgie frontale ; elle ressentit un gêne dans les fosses nasales. En même temps, le mucus qu'elle retirait en se mouchant avait une teinte verdâtre ; gêne pendant l'inspiration et l'expiration. La malade s'aperçut bientôt que la tumeur écartait l'os propre du nez du côté gauche et s'avançait le long de la paroi interne de l'aile du nez du côté correspondant.

A trois reprises, son médecin essaya d'extraire la tumeur, mais

n'en détacha que quelques lambeaux qui, en provoquant de petites hémorrhagies soulageaient beaucoup la malade.

Actuellement, ce qui frappe le plus, c'est la saillie que fait l'œil gauche en avant, il existe un ganglion au niveau de l'angle de la mâchoire du côté correspondant, les douleurs de tête sont excessives, la malade les compare à des coups de marteau ; elles siègent au niveau du rebord orbitraire. Elle demande avec instances à être débarassée.

La malade est opérée le 13 juin. On retire une tumeur mélanique ayant l'aspect d'une truffe noire, ce qui est un signe caractéristique de la lésion.

OBSERVATION V

Sarcôme myéloide de la cloison des fosses nasales, cité par Delaux. — Résumé.

C. H..., âgé de 60 ans, fut reçu à l'hôpital d'Albert Wardon le 15 septembre 1874. Le malade était un peu pâle, d'apparence maladive; quoiqu'il n'ait jamais été bien fort, il s'est cependant, dit-il, bien porté jusqu'au mois d'avril dernier, époque à laquelle il eut une abondante hémorragie, par la narine gauche, qui fut arrêtée par le tamponnement. Il croit avoir perdu au moins une pinte et demie de sang dans cette occasion. Bientôt après, apparut une tumeur dans la narine. Dans un hôpital métropolitain, on essaya de l'enlever avec la pince à polypes ordinaire; mais l'hémorragie fut si abondante qu'on abandonna l'opération.

Quand M. Mason examina le malade, il trouva la narine gauche bouchée par une masse noirâte, qui distendait considérablement l'aile du nez. La tumeur était fortement vasculaire, et tout effort du malade amenait une hémorrahie qui durait plusieurs heures. Elle était évidemment reliée ou attachée à la cloison du nez, la paroi externe de la cavité nasal étant libre.

Première opération : La tumeur fut enlevée le 19 septembre avec la pince à polypes. L'examen démontra qu'il s'agissait d'un sarcôme myéloïde.

Deuxième opération : Le 14 octobre, la tumeur ayant récidivé, le malade fut soumis au chloroforme. Une incision fut faite sur le côté de la narine, l'aile du nez relevée, un morceau de l'apophyse nasale du maxillaire fut enlevé avec une pince coupante et on trouva la tumeur attachée à la cloison seulement. On l'enleva en disséquant, le plus loin possible, chaque partie. La surface saignante fut lavée avec une solution de chlorure de zinc et les bords de la plaie réunis au moyen de fils de soie.

Troisième opération : Le 6 janvier, le malade est opéré pour la troisième fois, afin d'enlever tout le mal, le bistouri fut porté à travers la lèvre supérieure sur la ligne médiane et on disséqua en dehors la joue et la narine. La tumeur envahissait non-seulement la narine, mais aussi avait produit une infiltration des tissus durs et mous avoisinants. Il fut nécessaire d'exciser une partie de la lèvre supérieure, car l'affection s'était étendue jusque là.

Le malade se remit très promptement et, le 14 avril, s'étant représenté à M. Mason, ce chirurgien ne constatait aucun signe de retour de l'affection.

Cette observation démontre la nécessité de ne pas s'en tenir à une première tentative, quand il s'agit d'une tumeur maligne, toute chance de se mettre à l'abri des récidives n'étant acquise parfois qu'après plusieurs tentatives d'ablation.

OBSERVATION VI.

Épithélioma de la cloison observé dans le service de Verneuil, cité par le Dr Casabianca. — Thèse de Paris *1876.*

Le 7 mai, 1873, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle St-Louis, n° 58, le nommé Charles Pascal, âgé de 52 ans, profession : homme de peine.

Il y a 2 ans, il a vu apparaître dans la narine gauche, un petit bouton qui lui a donné d'abord une sensation de picotement, et, plus tard, de la gêne pour respirer de ce côté. Quinze jours après l'apparition de ce bouton, engorgement d'un ganglion sous-maxillaire.

Dix-sept mois plus tard, ulcération du dit bouton, léger écoulement du nez, suintement ichoreux. Après avoir employé divers médicaments sans résultat, il entre deux mois dans l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Verneuil.

Ce chirurgien diagnostique un Epithélioma de la cloison du nez avec infection ganglionaire au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, et il en fit l'extirpation... Quelque temps après, récidive à la région sous maxillaire du même côté. C'est ce qui l'amène maintenant à la pitié. Un autre ganglion s'est pris. Nouvelle opération.

Le malade quitte l'hôpital, 15 jours après, et a fini par succomber.

L'examen microscopique, fait après chaque opération, a démontré qu'on avait affaire à un Eppithélioma. Nous n'avons pas noté dans ce cas d'envahissement ganglionnaire ; nous signalerons seulement la récidive prompte et les nombreux prolongements que la tumeur avait envoyés dans les parties voisines.

OBSERVATION VII

Epithélioma de la cloison, récidive, opéré par M. Péan et cité par le Dr Casabianca, thèse de Paris 1876.

Jeanne K..., 64 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 55, le 3 juin 1876.

Au mois de janvier dernier, cette femme était déjà venue trouver M. Péan pour une tumeur simulant un polype et siégeant sur la cloison des fosses nasales ; le début remontait à cinq mois. Durant les

deux premiers mois, la malade avait éprouvé un peu de gêne de la respiration, de l'enchifrènement, de la céphalalgie, mais à partir du troisième mois, les troubles devinrent plus accusés; l'enchifrènement, la gêne de la respiration augmentèrent; le goût et l'odorat commencèrent à s'émousser. En même temps, la tumeur prenait de l'accroîssement et commençait à faire saillie en dehors de la narine droite.

A l'entrée de la malade dans son service, M. Péan constata, sortant par la narine et l'obstruant, une petite masse polypeuse, rougeâtre, molle, friable, directement implantée sur la cloison, mais sur un espace assez restreint. Elle était pour ainsi dire pédiculée. La narine droite était un peu élargie, ses téguments un peu congestionnés. Le dos du nez était également bombé au niveau de l'union des cartilages avec les os ; la peau était saine.

M. Péan avait reconnu là un Epithélioma développé sur la cloison, et, pour ne pas causer une déformation trop grande, il s'était contenté de faire une incision sur la ligne médiane et d'enlever largement une portion de la cloison où était implantée la tumeur. L'opération terminée, les deux lambeaux avaient été rapprochés et suturés.

Un mois après, la malade sortait très bien guérie, malgré un érysipèle peu intense survenu douze jours après l'opération.

Au commencement d'avril, la tumeur a récidivé, et cette femme rentre de nouveau à l'hôpital Saint-Louis.

Elle respire difficilement, éprouve de violentes céphalalgies, ne perçoit plus les odeurs, souffre beaucoup, a perdu l'appétit, le sommeil. Ses forces diminuent de jour en jour, et elle demande qu'on la débarrasse d'une affection qui lui rend l'existence insupportable Le nez est un peu affaissé, mais ne présente pas une difformité bien grande ; la peau qui le recouvre a une teinte érysipélateuse, les narines, et surtout la droite, sont obstruées par la tumeur qui a récidivé au niveau du bord antérieur de la portion restante du cartilage de la cloison, et qui s'étend vers le dos du nez.

On ne constate point d'écoulement par les narines, et, à part de violents maux de tête, il n'y a rien à noter du côté des cavités orbitaires, buccale et cranienne.

Devant le diagnostic porté la première fois, devant une récidive aussi prompte, il était à craindre que l'affection ne se généralisât rapidement et ne vouât la malade à une mort prochaine. Une ablation totale des parties atteintes pouvait seule retarder l'issue funeste, et M. Péan ne crut pas devoir refuser une opération que cette femme demandait avec tant d'instance. — Elle fut pratiquée le 3 juin.

Après l'hémostase préventive au moyen de pièces hémostatiques placées sur la lèvre supérieure, M. Péan fit, sur toute l'étendue du dos du nez et de la lèvre supérieure, une incision qui, du même coup intéressa les parties molles jusqu'aux os et aux cartilages. En renversant les lambeaux, la tumeur fut aussitôt découverte. Implantée sur le bord antérieur de la cloison, elle envoyait des prolongements nombreux dans les parties voisines. Les os propres du nez, une partie de l'apophyse montante durent être enlevés. La cloison, le bord alvéolaire sur une étendue de trois centimètres, et une portion de la voute palatine qui, elle aussi, était envahie par la production morbide, furent également sectionnés.

Pendant l'opération on eût soin d'empêcher, au moyen de petites éponges, le sang de tomber dans les fosses nasales postérieures et dans la bouche, d'où il eût pu passer dans le larynx. A l'aide de nombreuses pinces hémostatiques, toutes les parties molles qui recouvraient le squelette ostéo-cartilagineux de la région purent être mises à nu sans perte notable de sang. Quelques heures après l'opération, les pinces furent enlevées et les bords de la plaie réunis par quelques points de sutures métalliques. Le pansement consista en compresses imbibées d'eau de sureau froide et souvent renouvelées :

4 Juin. — La malade souffre beaucoup, soif ardente, T. 38° 4.

5 Juin. — Souffrances moindres, plus calme. T. 38° 1.

6 Juin. — Douleurs supportables, a dormi, T. 38°.

A partir de ce jour, le mieux a continué et se maintient.

OBSERVATION VIII.

Myxo-Sarcôme des fosses nasales. Extirpation. Guérison, cité par le Dr Delaux.

Douat Alexandre, âgé de 43 ans, employé de commerce, entré le 2 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 7, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Péan. Syphilis en 1863. Enchifrènement habituel depuis longtemps. Coryzas fréquents.

Depuis 10 ans, il remarqua un écoulement nasal, plus abondant, clair. Il y a 3 ans, il consulta pour un petit polype qu'il voyait lui-même dans sa narine. Récidive après extraction. Deuxième extraction, incomplète sans doute, car le nasonnement continue. Peu à peu, la fosse nasale s'obstrua complètement, la déglution fut gênée. La face commença à se déformer, le malade ne souffrait pas. Le 2 février 1881, le malade rentre à l'hôpital pour être débarrassé de sa tumeur.

Etat à l'entrée. — Malade de petite taille, d'apparence peu robuste, figure pâle, teint jaune, facies déformé, asymétrique, nez dévié à gauche, narine gauche élargie, joue gauche proéminente, œil gauche à demi caché sous les paupières œdématiées, épiphora.

On sent la fosse nasale comme comblée par un prolongement de la tumeur. La narine gauche est obstruée et remplie de mucosités La fosse nasale semble saine et le malade peut faire passer de l'air de ce côté.

Le voile du palais est repoussé en avant. De chaque côté de la luette, on voit la tumeur qui déborde de 0 m. 01 cent. environ, on la sent avec le doigt. Nasonnement, gène de la respiration et de la deglutition, principalement pour les liquides.

Opération le 5 février. — Le sinus maxillaire est envahi par la tumeur. Sa paroi antérieure est enlevée au moyen de la gouge et une grande partie de la tumeur est extraite par fragments. La paroi interne des sinus et les cornets sont isolés avec la pince coupante

et arrachés. La fosse nasale est débarassée du néoplasme, morceau par morceau.

L'implatation de la tumeur avait lieu vers la lame criblée de l'ethmoïde. M. Péan n'hésita pas à la dénuder complètement de sa muqueuse, ainsi que la cloison des fosses nasales. Il enlève de même, avec une cuiller tranchante, la muqueuse du sinus et poursuit enfin un dernier prolongement néoplasique, qui fait irruption dans l'orbite par sa partie inférieure et interne.

L'examen histologique fait au laboratoire de M. Péan, démontra que cette tumeur était un myxo-sarcôme.

Le 1er mars, le malade sort guéri.

OBSERVATION IX

Cancer épithélial primitif de la fosse nasale gauche.

par MM. les Drs C. Delstanche et Marisque.

J. Aertsen, 53 ans, de constitution robuste, se présente à la clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean (Bruxelles), octobre 1881. Il se plaint de surdité et d'enchifrènement habituel très considérable.

Pas d'antécédents héréditaires, antécédents morbides nuls jusqu'à l'âge de 20 ans, où il fit une chute d'une hauteur de 13 pieds; guéri au bout de quinze jours, il ne lui resta qu'une légère diminution de l'ouïe à gauche.

Il y a quatre ans de cela, à la suite d'une chute sur la tête, il eut une violente épistaxis, et depuis ce jour, il a toujours ressenti, un peu au-dessus de la racine du nez, une douleur sourde et persistante. De cette époque date l'enchifrènement et la dureté de l'ouïe.

A l'examen, le tympan présente l'aspect du catarrhe chronique des caisses et des trompes à un très haut degré; l'audition à la montre est nulle; le diapason, placé sur le vertex, ligne médiane, est mieux entendu à gauche, mais à droite de la ligne médiane, les vibrations se répartissent également des deux côtés. Cathétérisme aisé à droite, s'accompagne d'épistaxis à gauche, obstruction de la trompe

par exsudats abondants. Après le cathétérisme, la montre est entendue à gauche à 2 cent., à droite O.

Ecoulement sanieux et fétide des narines, sténose nasale absolue à gauche, incomplète à droite.

A l'examen de la fosse nasale droite, on aperçoit les muqueuses des parois rapprochées les unes des autres, gonflées et hyperhémiées ; à gauche au contraire, on trouve une tumeur d'un rouge blafard, très friable, saignant au moindre attouchement, n'ayant aucun rapport de continuité, soit avec le plancher de la fosse nasale, soit avec la partie inférieure de la cloison. La rhinoscopie postérieure ne peut être pratiquée, l'examen à l'aide du doigt fait découvrir dans la narine postérieure gauche, une masse mollasse qui paraît être le prolongement de la tumeur constatée à la partie antérieure. Les ganglions du cou ne sont pas engorgés. Etat général bon. Une partie de la tumeur est enlevée à l'aide du serre-nœud et donne lieu à une abondante hémorrhagie.

L'examen histologique est fait par M. Marisque, qui constate que l'on a affaire à un épithélioma parfaitement caractérisé. Vers la fin de novembre, Aertsen disparut, consulta plusieurs médecins ; son état s'étant compliqué de vertige et d'affaiblissement de la vue à gauche, il fit à l'hôpital Saint-Pierre un séjour d'un mois, et en mars 1883, le Dr Delstanche le vit chez lui.

Le néoplasme s'était considérablement accru, avait perforé le plancher des fosses nasales et reposait sur la langue; le malade, pour éviter la suffocation, était obligé de tenir les mâchoires considérablement écartées. Intelligence intacte, surdité complète, sauf pour les vibrations du diapason sur le crâne. La partie de la tumeur reposant sur la langue fut reséquée par trois fois, en moins de trois semaines. A la fin de mars, Aertson mourut à l'hôpital paisiblement, sans vomissements ni convulsions.

OBSERVATION X.

Inédite, commnniquée par M. le Dr Moure, 1886. *Résume.*

Mme X..., âgée de 45 ans a été opérée une première fois d'un polype muqueux de la fosse nasale droite.

Depuis 1 an environ, elle éprouvait de la gène pour respirer ; mais ce qui l'inquiétait surtout, c'était la fréquence des épistaxis qui avaient exigé, à plusieurs reprises, le tamponnement de la fosse nasale droite. Au début, l'écoulement se faisait par la narine droite, puis ensuite il eut lieu par la narine gauche.

Quand elle vint trouver M. Moure, les hémorrhagies étaient quotidiennes et se produisaient même en arrière des fosses nasales. En outre, la voix était nasonnée, la respiration pénible à gauche et à peu près abolie à droite.

L'état général est bon et la malade est bien réglée. A l'examen, M. Moure, constate dans la fosse nasale droite une tumeur d'aspect rouge, très vascularisée, située à 1 cent. 1/2 de l'orifice de la narine droite, au niveau du cornet moyen qu'elle cache, empêchant la respiration de se faire de ce côté-là. La consistance de ce néoplasme est rénittente, inégale; les attouchements déterminent très facilement un écoulement de sang.

La fosse nasale gauche paraît libre au premier aspect, mais, avec un éclairage bien dirigé, on aperçoit en arrière deux tumeurs dont l'une est plus rosée, plus rouge que les polypes muqueux habituels.

A l'examen rhinoscopique postérieur, la fosse nasale droite paraît libre dans sa partie externe. Il est impossible de voir la cloison, à cause de ces tumeurs globuleuses occupant la cavité gauche, débordant la cloison et obstruant presque toute la cavité naso pharyngienne.

Au toucher, consistance rénittente, muqueuse de ces tumeurs.

L'opération est proposée et acceptée par la malade. Des fils sont passés dans la fosse nasale droite pour pouvoir pratiquer le tampon-

nement, La tumeur est enlevée par morceaux au moyen de l'anse froide, puis, avec l'aide de la pince, elle est ramenée au dehors ; trois autres tumeurs à pédicule fibreux suivent la première.

Le tamponnement de la fosse nasale droite postérieure est fait et l'hémorrhagie du début s'arrête rapidement. La respiration se rétablit immédiatement des deux côtés. L'insertion se faisait par un pédicule très net qui a été cautérisé et qui se trouvait à la partie externe et moyenne du méat moyen du côté droit.

L'examen histologique a porté sur trois points de la tumeur.

Préparations n° 1 *et* 2. — Points situés au centre de la tumeur. En certains endroits, le néoplasme a les caractères du myxôme ; cellules rondes ou fusiformes au milieu d'une substance fondamentale muqueuse. Ailleurs le tissu conjonctif domine : il est constitué par des fibrilles très abondantes. Çà et là, éléments embryonnaires peu nombreux. Quelques vaisseaux ont leurs tuniques très altérées, infiltrées d'éléments embryonnaires; le plus grand nombre d'entre eux sont normaux.

Préparation n° 3. — Vieux pédicule dur du polype opéré autrefois.

Ici les portions myxômateuses sont rares : le tissu fibreux et les cellules embryonnaires dominent ; toutes les parties sont altérées et ont des parois infiltrées d'éléments embryonnaires.

Diagnostic.— Myxôme ayant tendance à la transformation fibreuse et à la formation d'ilots sarcômateux.

Cette observation vient démontrer la transformation possible d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, contrairement à l'assertion de Billroth.

OBSERVATION XI. Résumé :

M. Moure.—Revue de Laryngologie 1er août 1886. Cas de Fibro-Sarcome primitif de la fosse nasale droite.

Madame X..., âgée de 43 ans, vint consulter M. Moure le 30 juillet 1884, conduite par son médecin traitant.

La malade apprit que le 29 décembre 1883, à la suite de veilles prolongées, elle eut une petite épitaxis qu'elle attribua d'abord à la fatigue. A dater de cette époque, les hémorrhagies se répétèrent à divers intervalles assez éloignés s'arrêtant par la formation d'un caillot que la malade mouchait le lendemain.

Au mois de mai 1884, les hémorrhagies se renouvelèrent d'une façon plus régulière ; la malade se plaignit à son médecin de moucher des croûtes, d'éprouver le matin un léger enchifrènement qui lui faisait faire des efforts pour désobstruer ses fosses nasales, que le matin la secrétion était épaisse, verdâtre, et que, dans le reste de la journée, la malade n'éprouvait plus le besoin de se moucher. Il n'existait aucune sorte de douleur.

A l'examen rhinoscopique, M. Moure constata dans la fosse nasale droite l'existence d'une petite tumeur, d'aspect rougeâtre, un peu grenue à sa surface, sessile, indolente, mais saignant au moindre attouchement. Elle avait le volume d'une cerise, était un peu aplatie sur son point d'implantation et s'insérait sur la partie antérieure du cornet moyen, du côté de la cloison des fosses nasales avec laquelle la tumeur n'avait contracté aucune adhérence.

M. Moure porta d'abord le Diagnostic d'angiôme et conseilla la destruction de la production morbide soit avec l'anse caustique, soit avec des cautérisations ponctuées. La malade effrayée demanda à réfléchir et partit pour Biarritz où ses épitaxis devinrent plus fréquentes, sous l'influence de l'action irritante de l'air de la mer. Elle quitta la station balnéaire sans avoir éprouvé de soulagement.

Jusqu'en octobre 1884, les symptômes restèrent les mêmes ; mais, à partir de ce moment, les épistaxis cessèrent jusqu'au mois de mai 1885, c'est-à-dire près de huit mois. Mais vers le mois de février 1886, la respiration commença à devenir plus difficile par la narine droite, la malade eut des enchifrènements répétés, la voix devint nasonnée, la sécrétion nasale plus abondante, plus liquide, muco-purulente, rarement épaisse et concrétée sous la forme de croûtes.

L'odorat était bien conservé, probablement du côté gauche ; il n'existait pas de douleurs de tête. A partir de ce moment, tous ces symptômes allèrent en augmentant, la respiration devint impossible,

même par la narine gauche et les épistaxis devinrent abondantes au point de compromettre la vie de la malade. C'est alors, après avoir essayé plusieurs médicaments anodins, que Mme X... vint consulter de nouveau M. Moure.

A cet examen pratiqué le 29 juillet 1886, M. Moure constata que toute part la fosse nasale droite était remplie par une tumeur d'aspect lisse, unie, rosée, dont la surface était sillonnée de vaisseaux nombreux et assez développés. Elle était indolente, reposait sur le plancher de la fosse nasale, repoussant le fibro-cartilage de la narine en dehors et ayant dévié le cartilage de la cloison vers la fosse nasale gauche : d'où la gêne respiratoire bilatérale. Le néoplasme était à environ un centimètre de l'orifice externe de la narine. Une exploration avec un stylet mousse amena une abondante hémorrhagie qui nécessita un tamponnement solide, et l'examen au miroir rhinoscopique ne permit pas de savoir si la tumeur envoyait des prolongements vers la cavité naso-pharyngienne à cause de l'extrême sensibilité de la malade.

M. Moure porta le diagnostic de tumeur maligne de la fosse nasale droite qu'il maintient, à quelques jours de là, appelé en consultation avec M. le Dr Lande, médecin des hôpitaux, étayant son diagnostic sur l'aspect de cette tumeur, unique, rougeâtre, très vasculaire, provoquant des hémorrhagies spontanées et ayant progressé avec une rapidité que n'ont jamais les simples polypes muqueux avec lesquels il était difficile de la confondre.

La déformation de l'aile du nez et de la cloison plaidait encore en faveur de cette manière de voir. Supposant que la tumeur envoyait des prolongements vers la cavité naso-pharyngienne, et peut-être aussi vers le sinus maxillaire, M. Moure propose l'extirpation par la voie externe que son confrère, en raison de la rareté des tumeurs malignes primitives des fosses nasales et de l'absence de tout antécédent héréditaire, fut d'avis d'ajourner, préférant tenter d'abord l'opération avec l'anse galvanique.

Le 10 septembre, M. Moure essaya donc, mais en vain, d'enserrer la tumeur dans l'anse galvanique : un petit morceau de néoplasme fut à peine détaché. Une soude en gomme introduite dans la fosse

nasale lui permit de s'assurer que la tumeur s'étendait en arrière et jusque dans le pharynx nasal. L'hémorrhagie, peu considérable fut facilement arrêtée avec quelques tampons placés à l'entrée de la narine.

A quelques jours de là, le 19 septembre, consulté de nouveau avec les Drs Oré, Lande, et Dudon, M. Moure porta encore le diagnostic de tumeur maligne, confirmé cette fois par l'accroissement rapide de la tumeur qui, dans l'espace de huit jours, était venue faire saillie à l'orifice de la narine et dont le morceau avait macroscopiquement l'aspect du tissu embryonaire. (L'examen histologique n'avait pas encore été fait.) L'extirpation fut donc décidée et pratiquée le 24 septembre, après avoir fait le tamponnement de la fosse nasale droite pour éviter l'écoulement de sang en arrière. La malade fut chloroformée — une incision verticale, partant de l'angle interne de l'œil droit et venant contourner le fibro-cartilage de la narine au-dessus de la lèvre supérieure, permit de faire basculer les parties molles du nez du côté opposé et de mettre à nu la tumeur qui était insérée sur la partie antérieure du cornet moyen. Après avoir enlevé avec la pince et la cuiller tranchante la partie du néoplasme qui s'opposait à la vue, l'opérateur s'assura qu'il existait en arrière un prolongement qu'après quelques tentatives il fut assez facile d'extraire tout entier.

Le point d'implantation fut convenablement raclé avec la curette et la cuiller tranchante, et, dès lors, l'écoulement de sang assez abondant au début s'arrêta presque tout-à-coup. La fosse nasale présentait une vaste cavité, mais la cloison était intacte. La partie détachée fut remise en place, maintenue avec quelques points de suture et le tampon postérieur laissé à demeure en cas d'hémorrhagie secondaire.

Les suites de l'opération furent simples. Des irrigations phéniquées furent d'abord prescrites pour bien nettoyer les fosses nasales, puis avec des solutions de résorcine, de chloral et d'acide phénique et enfin avec de l'eau simplement alcalinisée.

Les sécrétions abondantes au début et croûteuses ont aujourd'hui disparu ; l'odorat seul est resté notablement diminué.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis sept mois, il ne s'est pas produit de récidive ; la fosse nasale est absolument nette et la muqueuse rosée et normale. L'examen du néoplasme fait par M. le Dr Ferré, chef des travaux histologiques à la Faculté de Bordeaux, avant et après l'opération, a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcôme.

Cette observation offre cette particularité intéressante que le nioplasme semble avoir subi dans sa marche un arrêt de développement. Elle tient en outre également l'inutilité des demi-mesures : je veux parler des cautérisations dans les cas de tumeurs malignes.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
MASSE.

Vu : *Le Doyen,*
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 août 1886.

Pour le Recteur :
Le Doyen délégué,
Dr A. PITRES.